



# ISTITUTO COMPRENSIVO DI TRAVERSETOLO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria 1° grado

Via San Martino n° 82  
43029 Traversetolo – PR

E-mail: [pric819001@istruzione.it](mailto:pric819001@istruzione.it)

Tel. 0521 842527  
Fax 0521 844872

## **Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo da parte di esercente la potestà genitoriale**

Al Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO di TRAVERSETOLO (PR)

Via San Martino 82 – 43029 Traversetolo (PR)

**Io sottoscritto/a** (Cognome Nome).....

In qualità di genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....

nato a ..... il.....

residente a ..... in Via.....

Cap ..... Località ..... Prov. ....

che frequenta la classe ..... sez ..... della scuola .....

sita in Via ..... a .....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione scolastica/Educativa e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici/ per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

### **CHIEDO**

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a
- di autorizzare l'accesso alla sede scolastica al Sig..... da me delegato con documento allegato per somministrare il farmaco a mio figlio/a
- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Data .....

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

### **Numeri di telefono utili:**

famigliari / tutore .....

pediatra di libera scelta .....

medico di medicina generale ..... specialista ..... Altro .....